

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

1927-1928. — N° 62

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PSEUDO-RÉCIDIVES

DE

# L'ADÉNOME PROSTATIQUE

---

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le mercredi 18 Janvier 1928*

PAR

**Georges-Oscar-Joseph-Gaston CHOMEREAU-LAMOTTE**

Né au LAMENTIN (Martinique), le 23 septembre 1903.

---

|                        |   |                               |                   |
|------------------------|---|-------------------------------|-------------------|
| Examineurs de la Thèse | } | MM. DUVERGEY, professeur..... | <i>Président.</i> |
|                        |   | VILLEMIN, professeur.....     | { <i>Juges.</i>   |
|                        |   | CHARRIER, agrégé.....         |                   |
|                        |   | LOUBAT, agrégé.....           |                   |

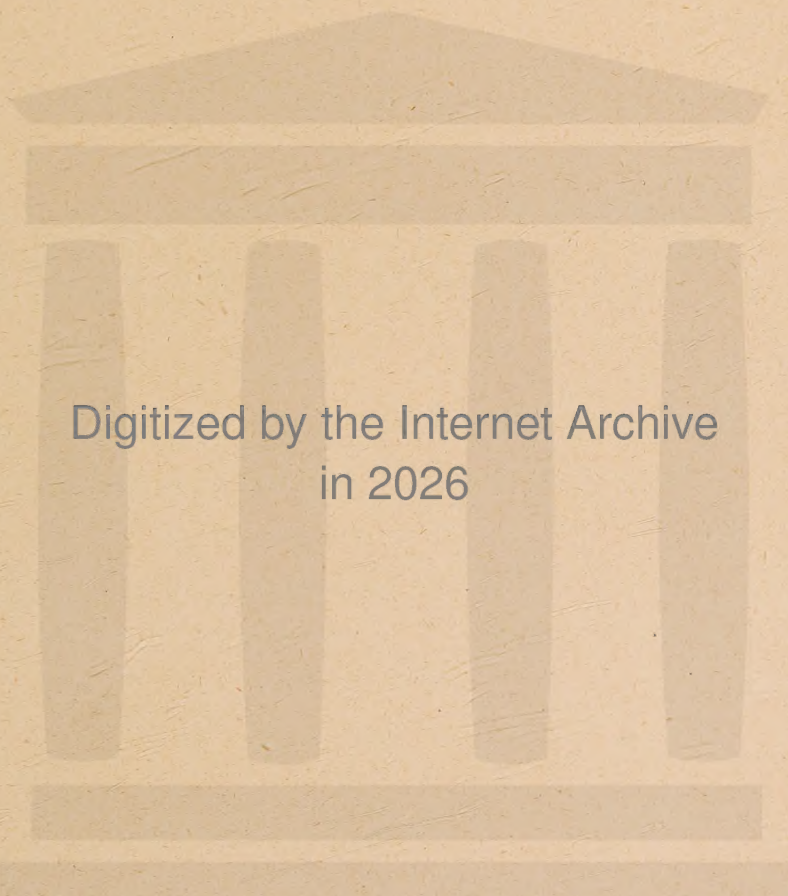
---

BORDEAUX  
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS  
Y. CADORET  
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

---

1928





Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41548412\\_0096](https://archive.org/details/IA41548412_0096)



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

1927-1928. — N° 62

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
PSEUDO-RÉCIDIVES  
DE  
L'ADÉNOME PROSTATIQUE

---

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le mercredi 18 Janvier 1928*

PAR

Georges-Oscar-Joseph-Gaston CHOMEREAU-LAMOTTE

Né au LAMENTIN (Martinique), le 23 septembre 1903.

---

|                        |   |                               |            |
|------------------------|---|-------------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. DUVERGEY, professeur..... | Président. |
|                        |   | VILLEMIN, professeur.....     | { Juges.   |
|                        |   | CHARRIER, agrégé.....         |            |
|                        |   | LOUBAT, agrégé.....           |            |

---

BORDEAUX  
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS  
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

---

1928

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU  
LAGRANGE, W. DUBREUILH

## PROFESSEURS :

| MM.                                                    | MM.                                                      |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Clinique médicale.....                                 | VERGER.                                                  |
| id.....                                                | CASSAET.                                                 |
| Clinique chirurgicale.....                             | CHAVANNAZ.                                               |
| id.....                                                | BÉGOUIN.                                                 |
| Pathologie et thérapeutique générales.....             | CARLES.                                                  |
| Clinique d'accouchements.....                          | RIVIERE.                                                 |
| Anatomie pathologique et microscopie clinique.....     | SABRAZÈS.                                                |
| Anatomie.....                                          | VILLEMIN.                                                |
| Anatomie générale et histologie.....                   | G. DUBREUIL.                                             |
| Physiologie.....                                       | PACHON.                                                  |
| Hygiène.....                                           | AUCHÉ.                                                   |
| Médecine légale et déontologie.....                    | LANDE.                                                   |
| Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..... | RÉCHOU.                                                  |
| Chimie.....                                            | CHELLE.                                                  |
| Botanique et matière médicale.....                     | BEILLE.                                                  |
| Pharmacie.....                                         | DUPOUY.                                                  |
|                                                        | Zoologie et parasitologie.....                           |
|                                                        | Médecine expérimentale.....                              |
|                                                        | Clinique ophtalmologique.....                            |
|                                                        | Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....       |
|                                                        | Clinique gynécologique.....                              |
|                                                        | Clinique médicale des maladies des enfants.....          |
|                                                        | Chimie biologique et médicale.....                       |
|                                                        | Physique médicale et pharmaceutique.....                 |
|                                                        | Médec. coloniale et clinique des maladies exotiques..... |
|                                                        | Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....     |
|                                                        | Clinique des maladies des voies urinaires.....           |
|                                                        | Clinique des maladies nerveuses et mentales.....         |
|                                                        | Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....                   |
|                                                        | Toxicologie et hygiène appliquée.....                    |
|                                                        | Hydrologie thérapeutique et climatologie.....            |
|                                                        | MANDOUL.                                                 |
|                                                        | MAURIAC.                                                 |
|                                                        | TEULIÈRES.                                               |
|                                                        | ROCHER.                                                  |
|                                                        | GUYOT.                                                   |
|                                                        | CRUCHET.                                                 |
|                                                        | DENIGÈS.                                                 |
|                                                        | SIGALAS.                                                 |
|                                                        | LE DANTEC.                                               |
|                                                        | PETGES.                                                  |
|                                                        | DUVERGEY.                                                |
|                                                        | ABADIE.                                                  |
|                                                        | PORTMANN.                                                |
|                                                        | BARTHE.                                                  |
|                                                        | SELLIER.                                                 |

MM. LABAT (Pharmacie). — DELAUNAY (Physiologie).  
MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).



## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| MM.                                       | MM.                     |
|-------------------------------------------|-------------------------|
| Anatomie.....                             | DUBECQ.                 |
| Histologie.....                           | LACOSTE.                |
| Anatomie pathologique.....                | MURATET.                |
| Parasitologie et sciences naturelles..... | R. SIGALAS.             |
| Histoire naturelle pharmaceutique.....    | FOURMENT.               |
| Médecine générale.....                    | GREYX.                  |
| id.....                                   | BONNIN.                 |
| id.....                                   | AUBERTIN.               |
| id.....                                   | DAMADE.                 |
|                                           | Maladies mentales.....  |
|                                           | Chirurgie générale..... |
|                                           | id.....                 |
|                                           | id.....                 |
|                                           | Obstétrique.....        |
|                                           | id.....                 |
|                                           | Pharmacie.....          |
|                                           | PERRENS.                |
|                                           | PAPIN.                  |
|                                           | JEANNENEY.              |
|                                           | CHARRIER.               |
|                                           | LOUBAT.                 |
|                                           | PERY.                   |
|                                           | FAUGÈRE.                |
|                                           | GOLSE.                  |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| MM.                      | MM.                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|
| Clinique dentaire.....   | CAVALIÉ.                                            |
| Médecine opératoire..... | PAPIN.                                              |
| Ophthalmologie.....      | CABANNES.                                           |
| Péculière.....           | ANDÉRODIAS.                                         |
|                          | Démonstrations et préparations pharmaceutiques..... |
|                          | Pharmacie chimique.....                             |
|                          | Chimie minérale.....                                |
|                          | LABAT.                                              |
|                          | GOLSE.                                              |
|                          | GOLSE.                                              |

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. N.  
Cours complémentaire auxiliaire. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

## A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Enlevé prématurément à notre affection,  
mais dont la vie m'est un exemple de parfaite loyauté et de grande bonté.

---

## A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

EDMOND VIVIÈS

---

## A MA MÈRE

Ce modeste travail en reconnaissance  
de la sollicitude dévouée dont elle nous a entourés.

---

## A MA FIANCÉE

... like a melody  
That sweetly played in tune.

---

## A MES SOEURS ET FRÈRES

---

## A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

MESSIEURS ABADIE, BÉGOUIN, BRINDEL, BOUSQUET,  
CABANNES, CARLES, CASSAËT,  
CHAVANNAZ, CREYX, DENIGÈS, DELAUNAY,  
DUBREUIL, GUYOT, LOUBAT, MAURIAC, SABRAZÈS,  
VERGER, VILLEMIN

Qui m'ont dispensé un enseignement  
varié comme leur personnalité même, et  
qui font montre dans leur service d'une  
courtoise amitié d'esprit, qualité tradi-  
tionnelle du médecin français.

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR EUGÈNE RAMARONY

*Chef de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté  
de Médecine de Bordeaux.*

Qui a bien voulu me guider dans ce tra-  
vail.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de clinique des maladies des voies urinaires  
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,  
Chirurgien des Hôpitaux,  
Correspondant national de la Société de chirurgie,  
Chevalier de la Légion d'honneur,  
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il accepte mes remerciements pour  
l'honneur qu'il m'a fait en présidant la  
thèse qu'il m'a inspirée.



## EN MANIÈRE DE PRÉFACE

---

La chance a voulu qu'à travers mes études de Médecine, je vis des aspects bien différents de la France, à la fois si une et si diverse. Commencées à Lyon, où j'arrivais un soir brumeux, venant de très loin, d'une des plus vieilles colonies françaises, dans les « îles sous le vent », elles aboutissent aujourd'hui à la soutenance de cette thèse en la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Il y aurait bien des comparaisons à faire entre Lyon et Bordeaux, cette grande dame, si gracieusement accoudée sur son fleuve. Disons seulement que, pour moi, le caractère essentiel de Bordeaux est d'être « un port », comme celui de l'Angleterre est d'être une île. Lyon aux trois collines est adossée aux Alpes et forme un trait d'union depuis des siècles avec les plaines lombardes et la Suisse et, par elles, avec l'Europe centrale. C'est une terrienne bien assise.

Lyon, « porte d'or et de soie du Midi » comme chante Mistral, me fut accueillante, malgré sa réputation de jansénisme et d'austérité. Il faut bien mal connaître cette haute cité pour la traiter de froide et de triste... Noble, oui, de la noblesse de ses quais immenses et du fleuve Rhône, le plus beau des fleuves français; forte, oui, sans mièvrerie, d'une grandeur et d'une douceur qui ne s'oublent point.

*Lyon qui ne mord point...*

*Lyon plus doux que cent pucelles.*

L'École de Médecine de Lyon, illustre, un peu particulariste, « Lyon le Meilhor », qui compte des maîtres éminents, n'a guère pu me dispenser un enseignement bien marquant puis-

qu'au bout d'un an je venais suivre les cours de cette école de Bordeaux, non moins éminente, qui fut vraiment pour moi l'*A/ma mater*.

Bordeaux ouvre son large fleuve, en éventail sur l'Atlantique, vers l'Afrique lointaine, vers la mer des Caraïbes et l'Amérique latine. Casablanca, Dakar, Grand-Bassam, Buenos-Ayres, Fort-de-France, Colon... sont les noms qu'on lit sur les compagnies maritimes. Les mâts des chalutiers de Terre-Neuve et les cheminées des grands paquebots sont une perpétuelle « invitation au voyage », d'une force et d'une sorte de mélancolie irrésistibles :

*Mon enfant, ma sœur  
Songe à la douceur  
D'aller là-bas...*

Et la dernière vision que j'aurai de la France, quand il faudra la quitter pour la Martinique, sera encore Bordeaux et « sa » Garonne.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
PSEUDO-RÉCIDIVES  
DE  
L'ADÉNOME PROSTATIQUE

---

AVANT-PROPOS

---

La prostatectomie, qui, dès ses débuts, a fait concevoir les plus grandes espérances aux urologistes réduits jusqu'alors, en face de cette longue et cruelle affection de la vieillesse, à une misérable thérapeutique palliative, peut supporter les faits articulés contre elle pour lui dénier la prétention qu'elle a émise, dès ses débuts, de guérir radicalement l'hypertrophie de la prostate.

Nous ne discuterons pas des avantages reconnus de la prostatectomie par voie haute, c'est-à-dire sus-pubienne, sur la prostatectomie périnéale. Pour son époque, celle-ci a été une opération utile qui a rendu de bons services aux malades. Mais elle n'était pas exempte d'inconvénients, tels que : ablation parfois incomplète, permettant ultérieurement la reproduction d'un adénome et le retour des mêmes accidents ; impossibilité

d'enlever la portion médiane de la prostate au cours de l'opération laissant subsister l'obstruction.

La prostatectomie hypogastrique (opération de Freyer), au point de vue de la sécurité des résultats thérapeutiques, c'est-à-dire de l'exérèse complète et totale des formations adénomateuses, l'emporte incontestablement sur la prostatectomie périnéale... Une démonstration éclatante de la supériorité de la prostatectomie sus-pubienne, relativement à la garantie de la cure de l'hypertrophie, se trouve dans un certain nombre d'observations (1), où l'on voit que cette méthode, en débarrassant la région de l'urètre prostatique des adénomes qui avaient échappé à la méthode périnéale, a guéri les malades de façon définitive de leur rétention et de tous les accidents infectieux et autres qu'elle tenait sous sa dépendance.

Mais ce sur quoi nous voulons insister dans ce travail, c'est sur les récidives de l'hypertrophie de la prostate après prostatectomie. D'aucuns nient toute possibilité de récidive, d'autres en admettent la possibilité, la plupart des auteurs cependant, en reconnaissant le retour possible des phénomènes tant fonctionnels que physiques qui avaient nécessité la première opération, discutent sur la pathogénie de cette affection itérative.

En signalant les opinions des urologistes qui se sont occupés de la question, opinions basées sur les observations qu'ils ont pu faire — observations annexées à ce travail (2) — nous nous arrêterons particulièrement sur le point de savoir si, dans les cas signalés comme étant des récidives d'hypertrophie de la prostate, il ne s'agit pas, en réalité, de « pseudo-récidives ».

Et notre travail n'aura pas d'autre but que d'être une contribution à l'étude des « prétendues récidives », et de montrer que la prostatectomie a bien tenu les promesses que les urologistes et leurs malades fondaient et fondent toujours sur elle.

---

(1) Hogge, Bazy, Noguès, Marion, Escat ont dû également avoir recours à ces opérations par l'hypogastre après l'échec partiel de la prostatectomie périnéale (Pousson).

(2) Hartmann, 1 cas; Le Fur, 2 cas; Pauchet, 2 cas; Legueu, 1 cas; Macdonald, 1 cas; V. Blum, 3 cas et 1 cas personnel; Duvergey, 2 cas, dont l'un présenté à la Société anatomo-clinique de Bordeaux; Noguès, 1 cas.

## HISTORIQUE

---

On trouve dans la littérature médicale un certain nombre de cas — à la vérité plutôt restreint — de récidives de l'hypertrophie prostatique. Il se peut que ces cas soient plus nombreux qu'il ne le paraît. Toujours est-il que les auteurs interprètent différemment ces cas de récidives, quand ils reconnaissent qu'ils sont possibles.

I. — Ceux qui admettent que les récidives sont possibles :

M. Victor Blum, chirurgien de l'Hôpital Sophie, à Vienne, s'exprime ainsi dans *The urologic and cutaneous review*, mai 1920 : « D'après l'observation de nos cas (1) et les observations similaires publiées dans la littérature, on ne peut pas douter plus longtemps de la possibilité d'une récidive réelle de l'hypertrophie prostatique après prostatectomie. »

II. — Ceux qui nient toute possibilité de récidive :

a) « Au point de vue des récidives de l'hypertrophie, dit M. Escat au XX<sup>e</sup> Congrès de l'Association française d'urologie, à Paris, en 1920, je n'en ai jamais constaté dans ma pratique et je les crois impossibles avec une énucléation typique de la tumeur. »

b) M. Delbet est aussi catégorique et voici en quels termes il s'exprime (2) : « Je n'ai jamais vu, soit chez des malades opérés par moi, soit chez des malades opérés par mes confrères, de récidive, ni de dégénérescence cancéreuse (3). J'ai retrouvé 14

---

(1) Une observation annexée publiée dans *The urologic and cutaneous review*.

(2) XX<sup>e</sup> Congrès de l'Association française d'urologie, Paris, 1920.

(3) Nous discuterons de ce point au point de vue de la pathogénie des pseudo-récidives.

de mes anciens opérés : 10 sont opérés depuis dix ans, neuf ans, sept ans, six ans ; 4 le sont seulement depuis quatre et deux ans. »

c) M. Papin (de Paris) est plus conciliant et voici ses conclusions : « Une adénomectomie n'est pas une prostatectomie. Il faut se garder de comparer la prostatectomie sus pubienne et la périnéale. La première est une adénomectomie et sa technique est toujours la même. La deuxième est une prostatectomie partielle dont la technique varie avec chaque auteur. Qu'il y ait persistance de l'obstacle ou réapparition de l'obstacle après la périnéale, rien d'étonnant à cela : on laisse de l'adénome fréquemment et il continue à se développer. Mais après une sus-pubienne bien faite, c'est-à-dire complète, il n'y a pas possibilité de récurrence, et, en fait, on n'en observe pas. Ce que j'ai vu, ce sont des adénomes restés après une sus-pubienne incomplète et faisant encore de l'obstruction. »

Nous pourrions ajouter que ces petits adénomes qui n'ont pas été énucléés et que l'opération laisse subsister dans la loge prostatique vont peu à peu se développer et reproduire les signes de la maladie prostatique (1).

M. Pasteau (de Paris) est du même avis que le docteur Papin, et il ajoute (2) : « Notre intervention, dite « prostatectomie », n'enlève pas la glande, à proprement parler, mais seulement des adénomes prostatiques et que le développement d'autres adénomes peut se faire en dehors des glandes sous-urétrales extirpées. Il en est de même de l'évolution possible d'un néoplasme malin aux dépens de la glande restée en place, d'autant plus que la question de la transformation de l'hypertrophie simple en tumeur maligne paraît devoir être jusqu'ici réservée. »

d) M. André, professeur à la Faculté de Nancy, qui s'est particulièrement occupé de cette question, écrivait en 1906, dans les *Annales des maladies génito-urinaires* :

« Sans doute, après une prostatectomie partielle trop incom-

---

(1) Marion, XX<sup>e</sup> Congrès de l'Association française d'urologie, Paris, 1920.

(2) XX<sup>e</sup> Congrès de l'Association française d'urologie, Paris, 1920.

plète, on pourrait observer des récidives, mais non après l'opération subtotale telle qu'on la pratique aujourd'hui. Je pense que ces *soi-disant récidives* de l'hypertrophie simple sont tout simplement des récidives de cancer opérées au début (1), alors que le diagnostic avec l'hypertrophie simple est extrêmement difficile ou même impossible. »

En 1921, avec M. Gandineau, son chef de clinique (2), il revient sur cette question: « L'adénome peut-il se reproduire avec ses conséquences? Nous ne le croyons pas. Dans les nombreux cas où l'opération a pu être faite correctement et complètement, nous n'avons pas vu semblable reproduction chez les opérés même revus après des années. »

e) M. Legueu résume au XX<sup>e</sup> Congrès de l'Association française d'urologie, à Paris, en 1920, le cas d'un malade auquel il enleva, au cours d'une opération itérative, un lobe de 30 grammes, après qu'on lui eut enlevé quelques mois auparavant un adénome de 60 grammes. « Je ne crois pas qu'il s'agisse de nouveaux adénomes, comme il est facile de le dire; je crois plus volontiers que ce sont des tumeurs laissées en place. Le résultat incomplet réside dans la dégénérescence cancéreuse de la prostate elle-même après l'opération. » Il s'agit alors d'une opération faite sur un adénome dégénéré et, dans ce cas, les cellules laissées en place continuent ultérieurement leur propagation.

Pour clore cet historique, reportons-nous à l'étude d'un cas (3) présenté par M. le professeur Duvergey et le docteur Dax, son chef de clinique, à la Société anatomo-clinique de Bordeaux, en mai 1924; voici leur conclusion: « L'intérêt de cette présentation réside :

» 1<sup>o</sup> Dans l'histoire de ce malade chez lequel le diagnostic porté plus tôt de réapparition de l'adénome prostatique aurait évité dix années de vie de sondage et de soins dispendieux et insuffisants;

---

(1) Observation annexée à notre travail et recueillie dans la thèse de Perrin, Paris, 1924.

(2) *Revue médicale de l'Est*, 15 janvier 1921.

(3) Observation annexée.

» 2° Dans la *rareté d'une prostatectomie itérative pour adénome prostatique* (la réapparition d'une tumeur aussi importante ne pouvant s'expliquer que par l'insuffisance de la première opération au cours de laquelle on a certainement dû laisser en place un fragment de l'adénome);

» 3° Dans la transformation tout à fait récente, puisque les signes de prostatisme existaient depuis plus de quinze ans, de l'adénome en épithélioma. » (1).

Il se dégage de cette étude historique les idées suivantes :

Une prostatectomie bien faite pour hypertrophie simple de la prostate ne peut donner que de bons résultats. Si on trouve plus tard un nouvel adénome, c'est qu'il a été oublié lors de la première opération des portions adénomateuses et il s'agit alors, à proprement parler, d'une continuation, d'une « pseudo-récidive »; ou qu'on a affaire à une reproduction adénomateuse dans le tissu glandulaire restant; ou encore à une dégénérescence maligne de ce même tissu.

Telles sont les trois hypothèses qui se présentent à notre esprit, à la lumière de cette étude.

---

(1) V. les conclusions de M. Sabrazès.

---

## PATHOGÉNIE

---

I. — Voyons d'abord l'hypothèse de la dégénérescence ultérieure de la portion glandulaire subsistant après l'opération, en laissant de côté les cas de cancer de la prostate cliniquement reconnus, dans lesquels on ne s'est décidé à intervenir par l'une ou l'autre méthode de prostatectomie qu'à titre palliatif et dans lesquels la guérison aurait été plutôt une surprise que la récurrence.

N'envisageons que les faits où le néoplasme malin qui déjà a pu parfois être soupçonné au cours de l'énucléation, en l'absence de tout plan de clivage « dû à ce que la prostate a été le siège de poussées inflammatoires qui font adhérer l'adénome au tissu prostatique » (André et Gandineau); à l'aspect spécial du tissu prostatique; aux hémorragies importantes, est nettement reconnu à l'examen histologique. On sait, depuis les travaux d'Albarran et d'Hallé, cités par Duvergey (1), combien est fréquente la dégénérescence maligne de la prostate sous forme d'épithélioma adénoïde circonscrit, revêtant l'aspect de l'hypertrophie simple.

En se fondant sur ces notions nouvelles touchant la nature histologique de la prostate hypertrophiée, Pousson conseille (2) « d'étendre les indications de la prostatectomie aux cas où il n'existerait aucun trouble fonctionnel ».

Étant donné, d'autre part, que, suivant les recherches d'Albarran et Motz, qui, sur 100 prostates hypertrophiées, ont

---

(1) Société anatomo-clinique de Bordeaux, mai 1924.

(2) XX<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. franç. d'urologie, Paris, 1920.

constaté dix fois la dégénérescence de Blum et d'Henry Fenwick (*The urologic and cutaneous review*, mai 1920) qui donnent la proportion de 15 p. 100, il semblerait raisonnable d'admettre que des cas de récidives de tumeur prostatique après opération dussent être expliqués par le développement d'une carcinomatosse prostatique larvée, dans lesquels, après l'énucléation correcte et totale d'un adénome bénin, la portion subsistante de la glande puisse être ultérieurement atteinte pour son propre compte de dégénérescence maligne.

On le voit, les raisons ne manquent pas pour qu'après la prostatectomie, ayant fait disparaître l'obstacle s'opposant à l'émission des urines, il se produise à nouveau un processus néoplasique déterminant l'hypertrophie de la glande et son syndrome clinique.

Ne sont-ce pas ces faits qui peuvent avoir donné lieu aux prétendues récidives de l'hypertrophie de la prostate?

André (de Nancy) rapporte, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1906, un cas qui, à cet égard, est très significatif (1); il a fallu que l'évolution très lente de l'affection vint enfin révéler sa véritable nature pour que fût dissipée son erreur : « J'ai cru aussi pendant un certain temps à la possibilité de cette récidive (de l'hypertrophie de la prostate), ayant observé un malade chez qui la prostatectomie avait donné d'abord un excellent résultat, car l'opéré, qui était un rétentionniste complet depuis cinq ans, ne pissant qu'avec la sonde, vidait sa vessie et ne se sondait plus. Toutefois, deux ans après l'opération, le malade était de nouveau obligé de se sonder, et comme on sentait par le toucher rectal un noyau qui représentait assez bien un lobe de la prostate enlevée, je crus pendant un certain temps à la récidive d'une hypertrophie simple par prolifération de débris de tissu prostatique laissés en place. L'évolution ultérieure de l'affection m'a montré qu'il ne s'agissait pas d'une hypertrophie simple, mais bien d'un cancer, ce qui explique la récidive après l'ablation subtotale de la glande telle qu'on la pratique dans l'hypertrophie simple. »

---

(1) V. note 1 de la p. 15.

Relevons dans la thèse de Perrin (1) cette observation de M. Hartmann :

R..., âgé de 62 ans, a commencé à éprouver des troubles de la miction en janvier 1903; série de crises de rétention complète depuis le mois d'avril de la même année. Depuis cinq semaines, obligé de se sonder. 5 mai 1905 : prostatectomie transvésicale par M. Hartmann (2). Prostate enlevée en un seul morceau pesant 90 grammes. L'examen histologique, fait par M. Lecène, ne montre pas de cancer, mais un adénome à cavités kystiques avec végétations épithéliales, le tout typique.

Suites immédiates : Guérison sans incidents. Suites éloignées : Le 15 octobre 1905, urine bien, pas de résidu; l'explorateur à boule pénètre dans la vessie après avoir donné la sensation de refoulement d'une sorte de valve mobile. Au toucher rectal, on sent une induration pierreuse en un point. Ce malade a été revu fin mars 1907, souffrant d'une sciatique double avec coulées de lymphangite cancéreuse dans la cavité pelvienne. En un mot, le *type de la carcinose prostatopelvienne de Guyon*.

II. — La reproduction d'un adénome dans le tissu de la prostate restant après l'opération est la deuxième hypothèse.

En effet, l'hypertrophie de la prostate ne porte pas sur l'ensemble de la glande, mais seulement sur une de ses parties, et ce qu'on enlève dans la prostatectomie n'est que la portion développée aux dépens des glandes sous-urétrales. Le corps de la prostate reste donc entier après l'énucléation de l'adénome, sous forme de couche capsulaire. Voilà qui rend défendable l'idée d'une production adénomateuse nouvelle à ses dépens.

Tel est le cas rapporté par Noguès, qui démontre que l'on peut voir se reproduire des productions adénomateuses après l'extirpation complète et soigneuse de toutes celles qui pouvaient exister auparavant (3). Il s'agit d'un malade opéré par

---

(1) Paris, 1924.

(2) Soit deux ans après le début de son affection.

(3) Communication au Congrès international de Londres, 1914, et reprise par Pousson au XX<sup>e</sup> Congrès de l'Association française d'urologie, à Paris, 1920.

M. Albarran en 1906 par une prostatectomie périnéale d'une hypertrophie saillante dans le rectum, mais surtout dans la vessie, qui, après un résultat excellent, vit petit à petit la rétention réapparaître au point de nécessiter la reprise du cathétérisme et dut être réopéré, quatre ans après, par la prostatectomie sus-pubienne. Cette deuxième opération permit d'enlever un lobe du volume d'une grosse noix qui pesait une vingtaine de grammes.

En 1920, au XX<sup>e</sup> Congrès de l'Association française d'urologie, à Paris, M. Noguès revenait sur l'observation de son malade en ces termes : « Pendant neuf ans, il a vidé sa vessie ; mais il y a trois ou quatre mois, le malade est venu me consulter à nouveau, et j'ai constaté avec étonnement qu'il était rétentionniste complet. Il se sonde quatre ou cinq fois par jour, facilement d'ailleurs, ce qui exclut toute idée d'oblitération cicatricielle ou néoplasique de son urètre, mais il ne peut se passer de la sonde. »

» Par le toucher rectal, on trouve une masse qui est assez difficile à délimiter à cause de l'acte chirurgical dont cette région a été le siège, mais qui me donne nettement l'impression d'une masse néoplasique. Aussi avais-je pensé à la possibilité d'une troisième intervention ; mais le malade n'a pas voulu en entendre parler et comme, d'autre part, il a près de 80 ans, qu'il est fortement emphysémateux, qu'il a un myocarde de qualité douteuse, je n'ai pas cru devoir insister. »

Pour nous résumer, voilà un homme qui, dans un espace de quatorze ans (1906-1920), a subi une prostatectomie périnéale et une prostatectomie hypogastrique et qui est cependant rétentionniste complet en 1920. Sans doute, il a retiré un bénéfice beaucoup plus long de la seconde opération que de la première, mais la rétention s'est tout de même réinstallée complète avec tout son cortège.

« Dans le cas que je viens de citer, dit M. Noguès, je croirais volontiers à une régénération de l'adénome, aux dépens non plus des glandes sous-urétrales, puisqu'elles ont été enlevées, mais aux dépens des glandes périphériques contenues dans la capsule. »

M. Pousson relève une observation de M. Bazy qui, quoique moins démonstrative, vaut cependant d'être mentionnée : « Un homme de 69 ans est opéré par ce chirurgien, d'urgence, en raison d'une hémorragie, d'une prostatectomie périnéale au cours de laquelle on enlève deux adénomes pesant ensemble 95 grammes. Toute la tumeur avait été enlevée, autant que l'opérateur put en juger; cependant le résultat fonctionnel fut nul. Trois ans après, Bazy fit une prostatectomie transvésicale et énucléa deux nouveaux adénomes du poids global de 95 grammes. Plus de rétention. « C'étaient des adénomes qui » s'étaient développés depuis la première opération, de cela je » suis certain, dit Bazy. »

Pas plus qu'elle n'est responsable de la dégénérescence maligne de la prostate, la prostatectomie ne saurait prendre à son compte la récurrence des adénomes.

III. — Il ne nous reste plus à étudier que la troisième hypothèse que nous avons envisagée, à savoir l'insuffisance de l'opération.

L'impossibilité de pratiquer l'exérèse complète des masses constituant l'hypertrophie et plus souvent l'oubli involontaire d'un ou plusieurs adénomes ayant échappé à une exploration cependant minutieuse, telles sont incontestablement les causes de beaucoup les plus fréquentes de la récurrence postopératoire de l'hypertrophie de la prostate. Ce n'est pas là, à proprement parler, une récurrence, mais la continuation d'un processus morbide qu'on n'a pas poursuivi jusqu'à ses dernières racines.

Certaines circonstances anatomiques s'opposent en effet à l'énucléation complète des adénomes prostatiques, si elles ne la rendent pas impossible :

1° Il peut s'agir de poussées de prostatite réitérées au cours de l'évolution de l'hypertrophie de la prostate ayant pour résultat la formation d'adhérences des adénomes avec le tissu sain de la glande et rendant l'énucléation totale particulièrement laborieuse et incertaine. A cette prostatite s'ajoute de la périprostatite, les tissus enflammés sont intimement unis par des adhérences; l'adénome dans ce cas est si difficile à séparer

de la prostate que l'on est dans l'obligation de la sculpter, parfois même avec une paire de ciseaux courbes, et on retrouve alors, à la périphérie de l'adénome, du tissu prostatique.

Il est, dans ce cas, très facile de faire une énucléation incomplète. Aussi, quand on soupçonne l'existence d'une périprostatite, il est préférable de retarder l'adénomectomie et de la faire précéder d'une cystostomie. Ce temps, en apparence perdu, est vite regagné par la suite et on évite, en même temps qu'une récurrence, toutes les complications de rétention et d'infection.

2° Plus rarement, mais cependant assez fréquemment, l'hypertrophie est composée d'un plus ou moins grand nombre d'adénomes soudés entre eux par un tissu lâche, dont la masse n'est pas limitée par un plan de clivage régulier du côté du corps de la glande, de sorte que certains se prolongent dans son intérieur, et que le doigt énucléateur s'égare au milieu de ces petits adénomes. Ce sont en général de petites tumeurs arrondies, du volume d'un pois ou d'une cerise, réunies entre elles par du tissu cellulaire et représentant dans leur ensemble tout à fait l'aspect d'une grappe de groseille. Si on explore avec soin la cavité prostatique ainsi débarrassée de cette série de tumeurs, on peut encore énucléer de petits globes adénomateux incrustés dans la masse prostatique. C'est dans ce cas-là que le doigt rectal joue comme correctif de premier ordre, qui montre s'il ne reste pas quelque chose et qui permet, séance tenante de corriger les premières tentatives et d'évacuer toute la loge prostatique.

3° Quelquefois, — M. le professeur Duvergey nous a signalé quelques cas de ce genre, — il n'y a hypertrophie que d'un lobe latéral, de telle sorte que l'on peut voir, nombre d'années après l'énucléation de ce lobe latéral, qui amène un soulagement temporaire, apparaître les mêmes symptômes qui existaient avant l'opération.

D'une manière générale, les urologues admettent que l'adénome prostatique se développant aux dépens des glandes péri-urétrales, la prostatectomie, ou mieux l'adénomectomie, met toujours à l'abri d'une récurrence. Si celle-ci est observée, elle ne constitue qu'une continuation de l'adénome primitif, et est due

à une énucléation incomplète qui a laissé subsister un fragment d'adénome dont le développement ultérieur constituera la « pseudo-récidive ».

« Je ne crois pas, dit M. Legueu, XX<sup>e</sup> Congrès, Paris 1920, à la récidive en pareille matière (cas d'un malade auquel il a enlevé au cours d'une opération itérative un lobe de 30 grammes, quelques mois après qu'on lui eut enlevé un adénome de 60 grammes), je ne crois pas qu'il s'agisse de nouveaux adénomes, comme il est facile de le dire; je crois beaucoup plus volontiers que ce sont des tumeurs laissées en place. »

En reconnaissant la possibilité de récidive, ou mieux de pseudo-récidive, nous sommes mis en garde contre la tentation de négligence dans la technique de l'énucléation de la prostate. Il faut dans chaque cas particulier après l'énucléation examiner le champ opératoire avec le plus grand soin pour découvrir tous les restes possibles, même les plus petits, attachés aux parois de la cavité. Les résultats incomplets paraissent en effet être le plus souvent causés par des prostatectomies dans lesquelles on a laissé une partie plus ou moins importante d'un adénome en place, et cela suffit pour entacher le résultat ultérieur d'une façon définitive.

---

## SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

---

Voici comment, en général, les faits se présentent : un prostatique a été débarrassé de son adénome par l'opération de Freyer. L'énucléation a été plus ou moins aisée, en général moins que plus, l'opérateur a cependant eu l'impression qu'il avait tout enlevé ; et, en effet, un gros adénome soigneusement mis dans l'alcool témoigne, par sa présence, de la réussite de l'intervention. La convalescence a été plus ou moins longue. Le malade sort guéri, satisfait de l'opération qu'il a subie. Les mictions sont revenues, spontanées et normales, et il n'a pas l'impression d'être en quoi que ce soit amoindri.

Est-ce là un fait constant, et tous les malades retirent-ils ce bénéfice de la prostatectomie ? Quelques mois ou quelques années après, le chirurgien, qui avait parfois oublié son malade, le voit revenir moins triomphant, quand, fait plus fréquent, il ne va pas consulter un autre médecin et lui faire part de ses inquiétudes et de ses doléances.

L'époque à laquelle réapparaissent les phénomènes qui nécessitent le retour du malade au médecin varie suivant les cas, et le malade est resté sous l'effet bienfaisant de l'opération un temps plus ou moins long. C'est ce qui résulte des observations disséminées dans la littérature et de celles que nous a prêtées M. Duvergey.

DUVERGEY. — 1<sup>er</sup> cas : Les symptômes réapparaissent deux ans après la première intervention. La deuxième opération a lieu douze ans après. — 2<sup>e</sup> cas : Le malade ne précise pas la date de réapparition des symptômes. La deuxième opération a lieu six ans après.

V. BLUM. — Le malade consulte son médecin sitôt la réapparition du tableau symptomatique. Intervalle entre les deux opérations de six ans.

ERNST-W. FRANK. — Six ans d'intervalle entre les deux opérations, sitôt la réapparition des symptômes.

LOUMEAU. — Trois ans.

LUMPERT. — Dans le cas qu'il rapporte, le malade subit une série d'opérations à intervalles de un an, trois ans, cinq ans.

HEDINGER. — Sur 2 cas, il constate, à l'autopsie, qu'au bout de quatre mois dans l'un (op. périnéale) et deux mois dans l'autre (op. sus-pubienne), il y a réapparition de tumeur prostatique.

PAPIN. — Son malade subit la première intervention en 1906, intervention faite par voie périnéale. En 1913, soit sept ans après, deuxième intervention par voie hypogastrique; enfin, en 1921, troisième opération, comme la précédente.

LEGUEU. — Réapparition de rétention et du cortège de l'hyperthrophie, trois ans après la première intervention. Le malade est opéré à nouveau cinq ans après la première intervention.

MACDONALD. — Dans le cas que l'auteur rapporte, intervalle de quatorze mois.

LE FUR. — Cinq ans entre les deux opérations; deux ans entre l'opération initiale et la reprise des phénomènes.

HARTMANN. — Deux ans.

NOGUÈS. — Première opération périnéale en 1906; quatre ans après, deuxième opération par voie sus-pubienne; enfin, en 1920, troisième intervention, soit des intervalles de quatre et neuf ans.

BAZY. — Opération périnéale. Laps de temps écoulé entre les deux opérations : trois ans.

Des considérations précédentes ressort la nécessité de l'observation de l'état postopératoire de la prostatectomie pendant plusieurs années, afin de se former un jugement certain sur les résultats permanents et finals, et ne pas décider du résultat définitif, comme le suggère M. Marion, de l'état du malade six mois après l'opération.

Le prostatectomisé se plaint, en effet, d'éprouver les mêmes

signes de prostatisme que ceux dont il souffrait avant qu'une opération l'en eût débarrassé.

1° *Signes fonctionnels.* — Des mictions fréquentes et douloureuses (Obs. XIII, Duvergey); de la pollakiurie nocturne obligeant le malade à se lever huit et dix fois par nuit, de l'amaigrissement (Obs. XI, Legueu); du ténesme, même au passage d'une petite quantité d'urine; la nécessité de se sonder deux et trois fois par jour (Obs. I, Blum); des poussées fébriles (Obs. VIII, Papin), tels sont les symptômes dont se plaint le malade. Quelquefois, ces signes, au lieu d'être isolés, sont combinés, voire même plus manifestes, et un opéré, en pleine santé apparente fait une crise de rétention complète (Papin-Lumpert, Obs. IV). Enfin, parfois, un malade, qui s'était trouvé très amélioré de son intervention, revient avec une rétention aiguë.

2° *Signes physiques.* — Le chirurgien examine le malade, le sonde; il y a un résidu plus ou moins important, 40 à 50 grammes d'urine trouble (André, Obs. XII); un gros résidu très louche, sans odeur (Legueu); 200 cc. de résidu (Blum) ou une rétention complète d'urine. Parfois même, on peut trouver un globe vésical remontant jusqu'à l'ombilic.

Le toucher rectal peut montrer une prostate du volume d'une petite noix à la grosseur d'un œuf d'oie, de consistance élastique ou dure, uniforme ou présentant des points particulièrement indurés, bombant ou ne faisant aucun relief dans le rectum, généralement fixe, bien limitée (Duvergey) ou mal limitée (André).

L'introduction du cystoscope de Mac Carthy se fait, d'une façon générale, avec difficulté (Legueu et Blum) et montre, suivant les cas, soit une grosse saillie adénomateuse intravésicale, pas de calculs, pas de tumeur vésicale (Duvergey); soit, sur tout le pourtour du col vésical, des végétations irrégulières, arrondies, rosées, sans ulcération (Blum); soit enfin, si nous avons affaire à de petits adénomes et que la prostate ne paraît pas grosse au toucher, au signe de Marion, c'est-à-dire que le cystoscope montre à la fois, dans le même champ, le col vésical et l'orifice urétéral.

### Diagnostic différentiel.

Faut-il conclure, devant la réapparition des symptômes que nous avons décrits d'après les observations jointes à notre travail : fréquence des mictions, aspect trouble des urines, dysurie marquée, etc., à une récurrence ?

1° Nous pouvons envisager l'hypothèse d'un rétrécissement cicatriciel de l'urètre. En effet, les rétrécissements de l'urètre après la prostatectomie, sans être fréquents, ne sont cependant pas très rares.

« Sur 300 prostatectomies faites la plupart par moi-même depuis la réouverture de mon service après la guerre, en mars 1919, je note 10 cas de rétrécissements. » Ainsi s'exprime M. André au cours d'une discussion à la Société française d'urologie, le 15 mars 1926.

Rafin, cité par H.-J. Polkey, dans *The urologic and cutaneous review* (février 1926), rapporte 8 cas de rétrécissements sur 300 cas, soit 2,6 p. 100. Pousson réunit les résultats de nombreux chirurgiens (Rochet, Pauchet, Guisy, Marion, Brongersma) et trouva une obstruction du col de la vessie de nature différente dans 15 cas sur 1.057 observations.

Comme tous les rétrécissements traumatiques, ces rétrécissements cicatriciels se produisent assez rapidement. C'est le plus souvent dans un délai de deux à trois mois après l'opération que le malade vient se plaindre d'uriner de nouveau plus difficilement.

La thèse de Giret (Bordeaux, 1926) nous donne des détails intéressants basés sur les observations qu'il a recueillies tant à l'Hôpital du Tondu, à la clinique des maladies des voies urinaires (service du professeur Duvergey) qu'auprès d'éminents praticiens et dans la littérature. « C'est du premier au cinquième mois après l'intervention (prostatectomie) que les sténoses urétrales attirent le plus souvent l'attention du clinicien.

Ces rétrécissements sont dus, en général, à une énucléation laborieuse de l'adénome en raison du défaut de plan de cli-

vage; c'est le cas, par exemple, quand l'adénome a été infecté, que le plan de clivage plus ou moins disparu, on énuclée l'adénome d'une façon irrégulière, ce qui peut produire une lésion de l'urètre membraneux entraînant par la suite un rétrécissement. L'un des symptômes qui attirera le plus particulièrement l'attention du chirurgien et l'orientera vers le diagnostic de sténose urétrale après prostatectomie — difficulté du passage d'une sonde mise à part — sera la persistance d'une fistule hypogastrique, sur laquelle Giret, dans sa thèse, a particulièrement insisté.

En général, ces rétrécissements, quoique cicatriciels et durs au début, se laissent assez bien dilater et la dilatation périodique « faite d'abord assez fréquemment, puis plus tard, tous les deux ou trois mois, suffit à maintenir le canal largement perméable » (André).

2° Il peut s'agir d'un diaphragme intervésico-prostatique. Dans le cas de diaphragme (Legueu, Rafin, Dax, Hardouin, cités par Giret), l'orifice est presque toujours reporté en avant; le cathétérisme avec des instruments droits est rarement couronné de succès; on a la sensation très nette que l'extrémité de la sonde se meut librement dans la cavité prostatique précédant l'obstacle.

3° Enfin il peut s'agir de l'évolution maligne d'une portion d'adénome laissée en place lors de la première intervention ou d'une dégénérescence maligne de la prostate elle-même laissée en place (Noguès). Nous savons, en effet, que les prostates hypertrophiées sont néoplasiques dans 10 p. 100 des cas environ. Cependant, la carcinomatose n'apparaît que dans 2 p. 100 des cas. Rubritius rapporte 3 cas de cancer s'étant développés après la prostatectomie sur 77 cas (4 p. 100); Oraison, 2 cas sur 182 malades (Polker).

« Il a dû arriver, je pense, à tous ceux qui font de la prostatectomie, écrit M. André dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* de 1906, d'opérer de temps en temps, par erreur, un cancer pour une hypertrophie simple. Pour mon compte personnel, cela m'est arrivé deux fois. Dans l'un des

cas, je reconnus à l'aspect spécial du tissu prostatique, au cours même de l'opération, et à l'infiltration des vésicules séminales que j'avais affaire à un cancer. »

### **Diagnostic positif.**

Si chez un prostatectomisé nous nous trouvons en présence des symptômes que nous avons décrits : fréquence des mictions, aspect trouble des urines, dysurie marquée, crises de rétention, résidu plus ou moins important, perception au toucher rectal d'une prostate plus ou moins volumineuse, ferme, bien limitée, nous concluons à la possibilité d'une pseudo-récidive de l'hypertrophie prostatique.

---

## TRAITEMENT

---

La meilleure façon de traiter ces pseudo-récidives, c'est avant tout de tâcher de les éviter, et cela par une technique aussi correcte que possible de l'opération.

Cependant, il ne faut pas croire que l'énucléation suivant une bonne technique met à l'abri des pseudo-récidives. Celles ci trouvent souvent leur explication dans quelques fautes opératoires « qui ne sont pas toujours imputables au chirurgien, mais bien au nombre des adénomes, à leurs adhérences avec les parties saines de la glande, dans les complications de l'affection, dans les suites opératoires » (Pousson).

### A. — Thérapeutique préventive.

L'énucléation de l'adénome ne se voit pas, c'est un doigt aveugle qui travaille, mais sensible; et si sa besogne est variable suivant les cas rencontrés, il n'en est pas moins vrai qu'il doit travailler suivant certains principes.

Pour M. Escat (de Marseille), si on veut éviter les récidives par énucléation incomplète, il faut pratiquer « l'énucléation monobloc par clivage postéro-externe, de dehors en dedans, de la tumeur prostatique ». C'est le moyen d'éviter le faux clivage intraadénomateux et un bon moyen pour extirper la tumeur complète avec ses deux commissures antérieure et postérieure.

Une fois le plan de clivage trouvé — nous savons qu'en raison de certaines circonstances anatomiques il est parfois difficile de le trouver — il n'y a plus qu'à le suivre et le doigt rectal, véritable correctif, a un rôle très important, car par son action con-

juguée avec celle du doigt énucléateur, il révèle les oublis et présente l'adénome.

La tumeur une fois extirpée, il conviendra d'effectuer une vérification soignée de la loge prostatique, non seulement pour en régulariser les parois et sectionner les brides muqueuses qui pourraient subsister, mais pour s'assurer également que l'on n'a pas laissé subsister un fragment d'adénome. On sera alors fort surpris de constater la présence d'un ou plusieurs adénomes restés adhérents.

Les soins postopératoires ont aussi une grande importance. Dans son service de chirurgie des maladies des voies urinaires, M. le professeur Duvergey préconise, pour éviter le rétrécissement, de passer, dès le quatrième jour, le béniqué n° 50, qu'il laisse en place une demi-heure environ. La même intervention est répétée le sixième jour, et vers le septième jour on place une sonde à demeure.

#### B. — **Thérapeutique curative.**

Cela posé, devant la reprise des troubles fonctionnels, la réapparition des signes physiques, le chirurgien dispose de moyens thérapeutiques que le malade accepte plus ou moins facilement.

Le premier, qui est d'usage courant, est la dilatation progressive, avec des béniqués, de l'urètre, si l'urètre est perméable et donne accès à la vessie — ce qui est le cas le plus fréquent d'après les observations recueillies. C'est une méthode qui peut amener des modifications favorables mais passagères dans la situation des prostatiques et qui, au surplus, doit être longtemps poursuivie.

Un autre procédé, également à la disposition de l'urologiste, est la méthode thérapeutique de l'électro-coagulation sous le contrôle urétroscopique.

Il va sans dire que ces procédés ne sont que palliatifs et que le mode de traitement auquel aura recours le chirurgien — traitement qu'il devra pouvoir imposer au malade — est une prostatectomie itérative.

Pour cette deuxième intervention, il sera plus sage de la faire en deux temps — excellente méthode qui permet d'opérer des malades qui, sans cela, n'auraient pu supporter l'opération — le chirurgien devra s'entourer de toutes les précautions. Si les urines sont infectées, l'état général mauvais, si le malade est un rétentionniste distendu, la cystostomie permettra le lavage et le drainage de la vessie infectée et évitera que l'adénome lui-même ne s'infecte, que les tissus périprostatiques ne s'enflamment. En admettant que le malade présente déjà des symptômes de prostatite chronique, il faut autant que possible pratiquer le deuxième temps précocement : énucléation monobloc par clivage postéro-externe de la tumeur prostatique, suivre le plan de clivage, quand on l'a trouvé, en s'aidant du doigt rectal, vérification de la loge prostatique pour en régulariser les parois et sectionner les brides muqueuses qui pourraient subsister, s'assurer également que l'on n'a pas laissé subsister un fragment d'adénome. Dans les soins postopératoires, nous combinerons la pose d'un tube hypogastrique avec une sonde urétrale ; celle-ci ne sera placée à demeure que vers le septième jour après l'opération.

Tel est le traitement de choix que, pour son intérêt, nous devons conseiller au malade atteint de pseudo-récidive d'adénome prostatique ; cette opération itérative, qui sera, d'une façon générale, plus laborieuse que la première intervention, est cependant celle à laquelle l'urologiste aura recours. Dans les observations que nous avons recueillies, la guérison s'en est suivie. Cependant, nous tenons à signaler le cas de M. Noguès — tout à fait exceptionnel — dont le malade dut subir deux prostatectomies en quatorze ans, et est signalé comme rétentionniste complet, ce qui posait le problème d'une troisième intervention.

La disparition de l'adénome constatée par l'uréthroscopie postérieure et la cystoscopie, la diminution, la disparition progressive des mictions nocturnes, la facilité de la miction, la suppression du danger de transformation maligne, voilà les résultats que nous serons en droit d'espérer d'une prostatectomie itérative.

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

Victor BLUM, Section urologique de l'Hôpital Sophie, à Vienne, *The urologie and cutaneous review* de mai 1920.

Karl W..., 67 ans, conseiller à la cour.

*Histoire de la maladie.* — 9 novembre 1919 : A l'âge de 58 ans, en mars 1910, il souffrit d'une rétention d'urine et présenta des signes d'urémie. Au début d'avril 1910, hémorragie vésicale et plus tard, phénomène de cystite aiguë. Son docteur découvrit, au toucher rectal, une prostate de la grosseur d'une mandarine qui allait saigner sous peu. Comme la rétention d'urine continuait et que la difficulté de passer une sonde augmentait, on fit, selon la méthode de Freyer, une prostatectomie typique suprapubienne. La prostate entière fut énucléée en trois morceaux ; la prostate était aussi grosse qu'une pomme de bonne taille avec des nodules. L'examen histologique montra l'hypertrophie glandulaire de l'hypertrophie prostatique, et un léger degré d'inflammation.

La guérison de la plaie et la convalescence furent plutôt lentes. Les urines restèrent troubles pendant longtemps, mais le patient pouvait vider sa vessie à intervalles réguliers, sans difficulté, en un jet vigoureux.

Le malade quitta l'hôpital le 31 août 1910 ; la plaie opératoire n'était pas encore fermée, et il s'écoula par cette plaie un peu d'urine pendant trois semaines.

La miction n'était pas douloureuse jusqu'au début de l'année 1919, date à laquelle il eut du ténesme de temps en temps, au passage d'une petite quantité d'urine seulement. La difficulté a augmenté depuis le 1<sup>er</sup> mars, et depuis ce temps, le patient s'est sondé

lui-même d'abord deux fois et plus tard trois fois par jour, vidant souvent sa vessie de 500 cc. d'urine résiduelle.

État présent : Homme fort et large, d'apparence jeune, poulx bien frappé, rythmique et uniforme, région rénale non douloureuse, une cicatrice dans la région sus-pubienne, résultat de l'opération d'il y a neuf ans. Peau très mince à cet endroit, hernie abdominale.

Examen rectal : Prostate grosse, particulièrement à gauche, de la grosseur d'un œuf d'oie, de consistance « not tender soft », non dure, ferme.

Cystoscopie : Introduction du cystoscope avec difficulté, puisque le passage dans l'urètre postérieur est obstrué et que la prostate saigne facilement. La rétention d'urine est complète. Capacité de la vessie, plus de 200 cc. La surface de la tumeur prostatique est douce et la muqueuse est marquée de veines épaisses. Sonde permanente et préparation pour l'opération.

5 septembre 1919 : Opération. Prostatectomie suprapubienne avec anesthésie locale. La paroi antérieure de la vessie fut fixée temporairement à la peau par trois points de suture et finalement ouverte par une incision de 4 centimètres de longueur. La prostate fut fixée avec une longue spatule. L'un des lobes s'étendait comme une « langue » au bas de la vessie.

Après introduction de deux doigts de la main gauche dans le rectum, les lobes droit et gauche de la prostate furent soigneusement séparés de leur attache et enlevés en plusieurs morceaux. Après l'énucléation de la glande en segments, ce fut un travail particulièrement difficile d'enlever tous les fragments qui s'entassaient dans le creux du champ opératoire. On tamponna le champ opératoire qui saignait très peu avec des compresses iodoformées.

Durée de l'opération : Quarante minutes. Succès de l'anesthésie locale.

La glande qu'on enleva présentait une masse de nodules dont la taille surpassait considérablement celle du poing d'un homme. Elle se composait de nodules séparés qui variaient de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle du poing d'un enfant. La coupe des nodules montra la structure typique du fibro-adénome qui fut examiné microscopiquement.

Histologie : Hypertrophie glandulaire de la prostate.

Les suites opératoires sont bonnes ; le 16 septembre, la sonde est enlevée depuis deux jours ; depuis ce temps, pas d'urine par la cicatrice abdominale. Le patient se lève. Il vide sa vessie à des intervalles de trois à quatre heures en un jet large et fort, l'urine est cependant quelque peu trouble.

Dernière observation en décembre ; pas de plainte en ce qui concerne la fonction urinaire.

## OBSERVATION II

Ernst-W. FRANK, cité par BLUM, *The urologic and cutaneous review*.

En 1904, prostatectomie suprapubique, faite par Frank, sur un cas d'hypertrophie de la prostate, avec succès complet. Un examen cystoscopique fait en 1906 montra une grande hypertrophie de la prostate qui conduisit normalement à une rétention d'urine et à une hémorragie.

En 1910 (soit six ans après la première opération), une prostatectomie suprapubique fut effectuée de nouveau et on énucléa une glande pesant 80 grammes. Il s'ensuivit une guérison complète.

## OBSERVATION III

LOUMEAU, cité par BLUM.

Homme de 63 ans, opéré le 16 septembre 1908 pour une rétention complète d'urine. Prostatectomie suprapubique. Loumeau retira en un seul bloc la prostate entière composée de deux lobules très durs qui entouraient l'urètre prostatique. Poids : 20 grammes. Trois années plus tard, examiné de nouveau pour une hernie et une fistule vésicale.

## OBSERVATION IV

V. LUMPERT, cité par BLUM.

En juin 1910, Lumpert rapporte le cas, à l'autopsie, d'un homme de 66 ans, qui, à l'âge de 55 ans, en 1899, fut opéré à la clinique chirurgicale pour une hypertrophie de la prostate, de la grosseur d'une pomme. Opération suprapubienne. En 1899, à une deuxième

opération, on enleva des tumeurs de la grosseur d'une noix par cautérisation de deux lobes latéraux. A une troisième opération, on enleva des nodules proéminents dans la vessie. Amélioration, mais trois fistules urinaires. En 1902, récente et complète rétention d'urine et inflammation purulente des testicules. A une quatrième opération, castration. Amélioration. En 1907, cinquième opération, prostatectomie périnéale. Prostate enlevée complètement, mais quelques restes dans la vessie. En 1910, mort par urémie. A la coupe de la prostate prélevée par autopsie, on trouva une série de nodules de 1/2 centimètre de diamètre dans les deux lobes, qui étaient sans malignité d'après l'examen histologique. On trouva clairement la régénérescence du tissu hypertrophique. La régénération venait de la glande urétrale restant de l'opération précédente.

#### OBSERVATION V

Hédinger montra en 1906 deux préparations de tumeurs récurrentes après prostatectomie, présentation faite au meeting de la Bezirksverein à Berne.

a) Août 1905, prostatectomie périnéale. A l'examen histologique, hypertrophie typique glandulaire sans malignité. Le malade meurt le 31 décembre 1905, d'une hernie étranglée; « chose étonnante à rapporter, on découvrit par section, sous l'orifice interne de l'urètre, une large prostate typique, qui avait des canaux macroscopiquement dilatés. La prostate, dans ses mesures, correspondait à une glande hypertrophiée plutôt prononcée ». Au point de vue histologique, nouvelle formation intensive de poussée bénigne, réformation provenant de la glande sub-urétrale.

#### OBSERVATION VI

b) Homme de 65 ans, qui avait subi une prostatectomie suprapubienne deux mois auparavant. Au point de vue histologique, tubes de la glande très dilatés avec formation de papilles. A l'autopsie, on trouve une grosse prostate montrant au point de vue histologique un tissu typique de prostate avec tubes dilatés. Pas de malignité. La régénération a pu se faire aux dépens des restes laissés dans l'urètre, ou aussi des parties périphériques.

## OBSERVATION VII

PAPIN (de Paris), *in* thèse PERRIN, 1924.

C. J..., âgé de 71 ans, a été opéré en 1906, par prostatectomie périnéale, d'un adénome prostatique de la grosseur d'une petite mandarine ayant provoqué des crises de rétention incomplète. La convalescence fut très longue, une fistule périnéale persista trois mois, pas d'incontinence. Le malade, bien que vidant mieux sa vessie, conserva un résidu et des urines troubles; il faisait de temps en temps quelques poussées fébriles.

En 1913, il fait une crise de rétention complète, et le même chirurgien lui enlève, par l'hypogastre, un adénome sensiblement égal au précédent. Au bout d'un mois et demi, le malade sort guéri. Mais il conserve toujours un résidu et des urines troubles qui l'obligent régulièrement à se faire laver la vessie toutes les semaines. Chaque lavage provoque une orchite droite avec fièvre, orchite souvent modérée, mais certains jours, le testicule est gros, douloureux, et oblige à garder le lit.

Les malaises continuant à s'aggraver et la rétention augmentant, le malade subit une troisième prostatectomie, et pour la deuxième fois, par l'hypogastre. L'intervention est faite par M. Papin, le 14 octobre 1921, qui énuclée un adénome typique de la grosseur d'une noix. L'histologie confirme le diagnostic clinique. La convalescence est rapide, le malade sort le 14 novembre et, pour la première fois, se déclare absolument soulagé. Les urines sont claires, il n'y a qu'un résidu insignifiant. Sur les conseils du chirurgien, le malade vient, chaque année, se faire passer quelques béniqués. Revu le 30 avril 1924. L'amélioration se maintient; l'état général est excellent. Les mictions ne sont ni fréquentes (une fois la nuit), ni douloureuses, ni impérieuses, le jet est normal; mais il y a une légère incontinence diurne qui oblige le malade à porter un suspensoir garni de coton; quelques gouttes d'urine s'échappent parfois de sa verge, principalement à la fin de la miction. Le toucher prostatique ne fait rien sentir, le canal paraît normal, une béquille 19 passe facilement et ramène un résidu de 10 cc. nullement purulent. Les urines sont

d'ailleurs claires. Un bœniq   60 est facilement introduit. La capacité vésicale est normale. Le malade ne donne pas de renseignements précis sur l'état de ses fonctions génitales.

#### OBSERVATION VIII .

Professeur LEGUEU, *in* thèse PERRIN.

C. J..., âgé de 70 ans, a été opéré par la voie hypogastrique, pour un ad  n  me de la prostate, le 1<sup>er</sup> janvier 1919, par un chirurgien de province non spécialisé. Cette opération, sur laquelle il ne donne aucun renseignement, avait été précédée d'une longue série d'accidents de prostatisme, le malade étant en rétention chronique incomplète depuis de longs mois ; il n'avait jamais eu de crises de rétention complète. La convalescence fut longue, la plaie hypogastrique lente à se fermer ; il y eut des hémorragies fréquentes, la cavité prostaticque n'avait pas été tamponnée. Trois mois et demi après l'intervention, le malade était guéri et ne présentait plus aucun trouble de la miction. Cette guérison se maintint pendant environ trois ans. Le malade commença alors à éprouver les mêmes signes qui nécessitèrent sa première opération ; la pollakiurie nocturne, particulièrement intense, le forçait à se lever huit à dix fois par nuit. Le chirurgien consulté fit des lavages de la vessie qui n'amenèrent aucun résultat. Cependant, son état s'aggravait. Le malade, atteint de rétention chronique incomplète, était obligé de recourir à la sonde. Nous l'examinons le 14 mai 1924, soit cinq ans et quatre mois après sa première opération. Malgré qu'il se plaigne d'un amaigrissement accentué, le malade paraît, pour son âge, bien constitué. La cicatrice hypogastrique est déprimée ; elle est très basse, l'extrémité inférieure atteint le pubis. Pas d'  ventration. Une béquille 18 pénètre facilement sur la vessie, mais elle doit être profondément enfoncée pour que l'urine s'écoule. Gros résidu très louche, sans odeur. Le cystoscope pénètre assez difficilement ; on a l'impression que le bec est obligé de se fr  yer un chemin ; il doit être très enfoncé pour pénétrer sur la vessie ; on y parvient difficilement. On note une déformation considérable du col donnant l'impression d'une masse solide. Le bord supérieur du col est horizontal, les bords latéraux convexes en dedans, le bord inférieur très difficile à voir parce qu'on

né peut en éloigner le cystoscope à distance suffisante. Sur tout le pourtour, végétations irrégulières, arrondies, rosées, sans ulcérations. Il s'agit vraisemblablement d'un très volumineux adénome, il n'y a aucun signe positif de dégénérescence néoplasique.

Le toucher rectal fait sentir une très grosse tumeur bombant dans le rectum, à consistance élastique et uniforme, sans point particulièrement induré; on peut facilement délimiter la prostate sur les côtés, mais il est très difficile d'en atteindre le bord supérieur, en raison de son volume. Le malade, d'ailleurs, se plaint d'éprouver plus de gêne rectale actuellement qu'il n'en éprouvait avant d'être opéré. Pas de ganglions. Rien dans les testicules. En résumé, on a l'impression très nette qu'il existe un très gros adénome; que cette tumeur ne paraît pas un néoplasme et que, n'étant la notion de la prostatectomie antérieure, on pourrait poser le diagnostic ferme d'adénome prostatique typique.

Des faits semblables, tout aussi démonstratifs, ont été publiés par quelques urologues.

Macdonald cite le cas d'un opéré sur lequel il dut faire à nouveau une deuxième prostatectomie, quatorze mois après la première, pour une rétention nécessitant l'usage de la sonde. La deuxième énucléation extirpa un adénome plus petit que le premier.

M. Le Fur, chez deux anciens prostatectomisés, enleva, cinq ans et deux ans après la première opération, un nouvel adénome dont la présence s'était révélée par la reprise progressive des accidents de prostatisme et d'infection.

M. Gayet cite le cas d'un prostatique qui subit une première prostatectomie hypogastrique, puis, six mois après, une deuxième intervention pour calculs vésicaux. Un an après, il vient consulter pour cystite calculeuse, et M. Gayet trouve « une très grosse prostate avec un calcul du volume d'un œuf de dinde. Un Freyer très complet l'en débarrasse ». Un an plus tard, « résidu de 25 grammes, urines encore opalescentes, miction facile, engraissement de 3 kilos. Au cystoscope, vessie à colonnes, très grosses cellules, pas de calculs, ni de saillie prostatique ».

OBSERVATION IX

ANDRÉ, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1906.

V... (Constant), cultivateur, 62 ans.

Le malade vient à la clinique le 25 octobre 1902. Il est atteint de rétention complète depuis cinq ans et n'urine qu'avec la sonde, sauf quelques gouttes de temps en temps. Il se sonde quatre à cinq fois le jour, cinq à six fois la nuit. Jusqu'il y a deux mois, les urines étaient claires; depuis, elles sont troubles, et le malade souffre. C'est ce qui l'engage à venir consulter. Il se sondait, du reste, sans aucune précaution antiseptique.

*Examen local.* — Un explorateur à boule n° 20 passe, un peu serré, dans la portion prostatique. Le cathétérisme, facile avec une sonde à bécuille n° 18, retire une certaine quantité d'urine trouble.

Avec l'explorateur métallique, on constate la présence de calculs.

Au toucher, la prostate est volumineuse, mais lisse, de consistance moyenne et égale partout.

Les phénomènes douloureux allant en augmentant, le malade entre à l'hôpital le 31 décembre. On lui met la sonde à demeure et on lui fait des lavages qui l'améliorent rapidement.

Le 8 janvier 1903, on fait la *prostatectomie périnéale*, d'après le procédé de Proust, en enlevant aussi complètement que possible les deux lobes hypertrophiés. L'opération ne présente rien de spécial et se passe comme une prostatectomie ordinaire pour hypertrophie simple. Le tissu prostatique ne semble en rien différent de ce qu'il est en pareil cas.

On retira, au cours de l'opération, neuf calculs de petit volume enchâtonnés dans une cellule en arrière du col.

Les suites furent favorables. Les douleurs cessèrent. L'état général redevint rapidement excellent. Il persiste quelque temps une fistule périnéale qui ne fut complètement cicatrisée que le 28 mars.

Dès lors, le malade urina spontanément très facilement par le canal, sans douleur. Les urines étaient claires, la vessie se vidait à 10 ou 20 grammes près.

Cet état excellent dura plus d'un an et le malade pouvait à ce

moment passer pour un résultat parfait de l'opération, qui l'avait guéri d'une façon complète, d'une rétention datant de cinq ans.

En juillet 1904, le malade est revu. L'état général est toujours bon. On constate toutefois un léger résidu de 40 à 50 grammes d'urine trouble. Malgré cela, le malade urine facilement et d'une façon normale. On conseille quelques lavages de vessie. L'année suivante, en avril 1905, on apprend de nouveau que le malade a de la rétention et qu'il est obligé de recommencer à se sonder.

On le revoit en août de la même année. Depuis plusieurs mois, il se sonde plusieurs fois par jour et n'urine pour ainsi dire plus sans sonde. Les urines sont à peu près claires. L'état général est excellent.

Une sonde à bécuille n° 19 est serrée dans le passage de l'urètre prostatique. Au toucher rectal, on sent, à la place du lobe droit de la prostate enlevée, un noyau du volume d'une petite noix, de consistance dure et assez fixe. On crut à ce moment à une hypertrophie secondaire de parcelles du tissu prostatique laissées en place, hypertrophie qui aurait entraîné la récurrence de la rétention.

En avril 1906, le malade revient se plaindre que depuis quelques jours il a de la peine à passer sa sonde. On constate, en effet, qu'une sonde n° 16 est un peu serrée dans la région prostatique. Elle passe cependant assez facilement. Au toucher rectal, on sent du côté droit une tumeur d'une dureté ligneuse, saillante même sous la muqueuse rectale, du volume d'un œuf de poule, absolument fixe, mal limitée, et se prolongeant en dehors jusque contre la paroi du bassin.

Il s'agit, il n'y a plus aucun doute maintenant, d'un cancer prostatique récidivé après l'opération.

Le malade ne souffre pas. L'état général est resté très bon. L'appétit est conservé. Ce cas est intéressant, d'une part, à cause de l'absence des signes habituels du cancer de la prostate, lors de l'opération qui a été faite comme s'il s'agissait d'une hypertrophie simple, et, d'autre part, en raison de la longue durée et de la lenteur d'évolution de ce cancer, puisque, plus de trois ans après l'opération et malgré la récurrence, le malade survit avec un état général nullement atteint, ayant conservé son appétit et se plaignant seulement que ses sondages devenaient plus difficiles.

## OBSERVATION X

Hôpital du Tondu, Service des maladies des voies urinaires  
de M. le professeur DUVERGEY.

4 novembre 1926 : R... (Raymond), 70 ans, opéré en 1920, à Paris, par M. Minet, d'un adénome prostatique. Entre de nouveau à l'hôpital, parce que, depuis plusieurs années, il présente de nouveau de la dysurie. A son entrée à l'hôpital, il est en rétention depuis quarante-huit heures.

Le toucher rectal est pratiqué et montre une prostate volumineuse, ferme, mais non dure, bien limitée.

Le diagnostic porté est : récurrence d'adénome. Sucre, 0; albumine, 0,10; urée, 0,76.

L'on décide une prostatectomie itérative en deux temps. Cystostomie (M. le docteur Ramarony, M. Navarette).

Urée, 0,27.

Prostatectomie, le 17 novembre, sous rachianesthésie (docteur Ramarony, M. Leymarie).

Exeat guéri le 16 décembre 1926.

## OBSERVATION XI

Professeur DUVERGEY, docteur DAX,  
Société anatomo-clinique de Bordeaux, 12 mai 1924.

### Un cas de prostatectomie itérative.

La pièce que nous vous présentons est un volumineux adénome prostatique qui fut extirpé le 12 avril dernier chez un sujet déjà prostatectomisé il y a douze ans.

Il s'agit d'un homme de 66 ans dont l'histoire est la suivante :

En 1912, il subit une prostatectomie à Rochefort pour hypertrophie de la prostate. Pendant deux ans, il fut très amélioré; puis, en 1914 (soit deux ans *après son opération*), les signes de prostatisme reparaissent; il fut pris de nouveau de dysurie qui se compliquait de temps à autre d'accès de rétention d'urine et d'hématurie; dans l'intervalle des hématuries, les urines étaient louches, les mictions fréquentes et difficiles.

Le malade traîna ainsi pendant huit ans, puis, en octobre 1922, la rétention s'aggravant, on pratique une cystostomie que le malade a toujours conservée depuis.

Malgré l'ouverture de la vessie, les hématuries reprennent de temps à autre, ainsi que des crises de ténésme qui déterminent le malade à rentrer à l'hôpital.

A l'entrée, le malade se présentait avec une sonde hypogastrique, ses urines étaient sales et il existait un peu de température vespérale.

L'état général était médiocre et faisait penser à un néoplasme. Toutefois, le toucher rectal révéla une prostate souple et ne faisant aucun relief dans le rectum. La cystoscopie montra cependant l'existence d'une grosse saillie adénomateuse intravésicale : pas de calcul, pas de tumeur de la vessie.

A l'intervention, on tomba sur cet énorme adénome qui se laissa cliver et enlever très facilement.

*Examen* du Laboratoire annexe d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Bordeaux (Hôpital Saint-André) : F... (Léon), 66 ans. Diagnostic clinique : adénome prostatique.

Il s'agit d'un adénome à microkystes très dissociés. Quelques-unes des cavités contiennent des sympexions. Il est des régions où cet adénome évolue dans le sens d'adéno-épithéliome. Beaucoup de phénomènes inflammatoires se sont manifestés autour. Lymphocytose, plasmocytose. Pas de tubercules.

L'examen histologique, pratiqué par M. Sabrazès, a montré que cet adénome tendait par places à évoluer dans le sens de l'épithéliome.

Il est, en effet, démontré aujourd'hui que l'adénome prostatique ne récidive jamais. Des pseudo-récidives comme celle que nous vous présentons ne peuvent être considérées que comme des continuations du processus adénomateux quand l'intervention a été incomplète.

---



## CONCLUSIONS

---

I. — Des observations de récidives d'adénome prostatique ont été signalées après la prostatectomie. Nous avons pu en trouver 15. Il est probable que le nombre réel en est plus élevé.

II. — Dans la plupart des cas, ces récidives existent lorsque l'opération a été rendue particulièrement laborieuse en raison de circonstances anatomiques spéciales :

1° Absence de tout plan de clivage dû à des poussées de prostatite réitérées au cours de l'évolution de l'hypertrophie de la prostate ;

2° Adénome constitué par de petites tumeurs à l'aspect de groseilles, réunies entre elles par du tissu lâche.

3° Processus adénomateux n'atteignant les glandes péri-urétrales que d'un seul côté.

III. — Nous pensons donc qu'il ne s'agit pas de récidive vraie, mais de « pseudo-récidive », c'est-à-dire de la continuation du processus adénomateux aux dépens des glandes péri-urétrales laissées en place ou aux dépens de petits adénomes déjà existant et continuant à évoluer.

IV. — La prostatectomie étant affaire de détails, ceux-ci, même les plus infimes, ont leur importance dans la technique de l'opération. Une opération bien réglée met à l'abri de ces pseudo-récidives.

V. — Il ne faudra pas confondre ces pseudo-récidives avec :

1° Le rétrécissement cicatriciel de l'urètre à l'union de la prostate et de la vessie;

2° Avec un diaphragme dû à la muqueuse vésicale et donnant des troubles urinaires;

3° Avec la dégénérescence cancéreuse : *a*) soit par continuation du processus néoplasique d'un adénome déjà dégénéré au moment de la première intervention; *b*) soit par dégénérescence néoplasique de la prostate elle même restant en place.

VI. — Le traitement consiste en une prostatectomie itérative, celle-là complète.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

*Le Président,*

J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 janvier 1928.

*Le Recteur de l'Académie,*

F. DUMAS.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ALBARRAN. — Prostatectomie périnéale. Résultats éloignés. Association française d'urologie, VII<sup>e</sup> session, 1903.
- ANDRÉ. — Des prétendues récidives après la prostatectomie pour hypertrophie de la prostate. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1906.
- Résultats éloignés des prostatectomies. XX<sup>e</sup> Congrès français de l'urologie, Paris, 1920.
- Rétrécissement de l'urètre après la prostatectomie. *J. d'urol. méd. chir.*, mai 1926.
- ANDRÉ et GRANDINEAU. — Résultats éloignés des prostatectomies. *Revue médicale de l'Est*, 1921.
- BASTOS (Henrique). — Late results of prostatectomy. II<sup>e</sup> Congrès de l'Association internationale d'urologie, Londres, 1911.
- BAZY. — Résultats éloignés des prostatectomies. II<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. intern. d'urol., Londres, 1911.
- BLUM (V.). — Récidive après prostatectomie. *The Urologic and cutaneous review*, XXIV, 1920.
- BRONGERSMA. — The ultimate results of prostatectomy. II<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. intern. d'urol., Londres, 1911.
- Résultats éloignés des différentes méthodes d'opérations pratiquées contre l'hypertrophie de la prostate. XX<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. franç. d'urol., Paris, 1920.
- CHEVALIER. — De la prostatite restante, complication de la prostatectomie sus-pubienne pour adénome. Thèse de Lyon, 1914.
- CHEVASSU. — Récidive de l'hypertrophie après la prostatectomie. *Bulletin de la Société anatomique*, novembre 1911.

- CROWELL (Andrew). — The results of prostatectomy at the present time. *The Urologic and cutaneous review*, août 1919.
- DELBET (Paul). — Résultats éloignés des prostatectomies. XX<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. franç. d'urol., Paris, 1920.
- DU COURDET. — Résultats médicaux de la prostatectomie. Thèse de Paris, 1912.
- ESCAT. — Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies. Ass. franç. d'urol., VIII<sup>e</sup> session, Paris, 1904.
- Suites éloignées des prostatectomies. XX<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. franç. d'urol., Paris, 1920.
- FENWICK (Henry). — Résultats éloignés des différentes méthodes d'opération pratiquées contre l'hypertrophie de la prostate. XX<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. franç. d'urol., Paris, 1920.
- FULLATON. — Results of prostatectomy. II<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. inter d'urol., Londres, 1911.
- GAUTHIER. — Résultats éloignés de la prostatectomie. II<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. inter. d'urol., Londres, 1911.
- GAYET. — Résultats éloignés des prostatectomies. XX<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. franç. d'urol., Paris, 1920.
- GONZALÈS. — Résultats éloignés des prostatectomies. XX<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. franç. d'urol., Paris, 1920.
- GUISY (B.). — Résultats éloignés de la prostatectomie. II<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. inter. d'urol., Londres, 1911.
- HERESCO. — Résultats éloignés de la prostatectomie. II<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. inter. d'urol., Londres, 1911.
- KEHAYOGLOU. — Les résultats éloignés de la prostatectomie. Thèse de Montpellier, 1912.
- LEGUEU. — II<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. inter. d'urol., Londres, 1911.
- XX<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. franç. d'urol., Paris, 1920.
- LOUMEAU. — Sur la réapparition de l'hypertrophie prostatique après prostatectomie. *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 15 septembre 1912.
- LE FUR. — XX<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. franç. d'urol., Paris, 1920.
- MARION. — XX<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. franç. d'urol., Paris, 1920.
- MOTZ. — II<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. inter. d'urol., Londres, 1911.
- NOGUÈS. — II<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. inter. d'urol., Londres, 1911.

- NOGUÈS. — XX<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. franç. d'urologie, Paris, 1920.
- ORAISSON. — XX<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. franç. d'urologie, Paris, 1920.
- Les étapes et les limites de la prostatectomie transvésicale.  
*J. méd. de Bordeaux*, 1922.
- PAPIN. — Résultats éloignés de la prostatectomie. XX<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. franç. d'urologie, Paris, 1920.
- PASTEAU. — Résultats éloignés des différentes méthodes d'opération contre l'hypertrophie de la prostate. Congrès français d'urologie, 1919.
- PERRIN (Jean). — Résultats éloignés de la prostatectomie sus-pubienne pour hypertrophie de la prostate. Thèse de Paris, 1924.
- POLKEY (H.). — Résultats tardifs incomplets après la prostatectomie sus-pubienne. *The urologic and cutaneous review*, 1926.
- POUSSON. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 15 février 1907.
- XX<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. franç. d'urologie. Paris, 1920.
- Résultats éloignés des différentes méthodes opératoires de cure radicale de l'hypertrophie de la prostate. *Presse médicale*, Paris, 1920.
- SALVINI (P.). — Résultats immédiats et éloignés de la prostatectomie sus-pubienne chez 180 malades opérés de 1921 à 1924. *Journ. d'urolog. méd. et chirurg.*, Paris, août 1925.
- WARD (B.-J.). — II<sup>e</sup> Congrès de l'Association internationale d'urologie, Londres, 1911.









